Aus der pschiatrischen und Nervenklinik der Albertus-
Universität zu Königsberg Pr.
Direktor: Geh. Medizinalrat Professor Dr. E. Meyer.

Stanford University Library
JUN 20 1923

Zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Hirntumoren.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät der Albertus-
Universität zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Reinhold Buldmann

aus Königsberg i. Pr.

KÖNIGSBERG I. PR.
Buchdruckerei H. Petzelberger, Unterhaberberg 58
1922.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.
Direktor: Geh. Medizinalrat Professor Dr. E. Meyer.

Zusammenfassung.

Die Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Hirntumoren ist ein altes Problem in der Neurologie. Oft kommt es zu Verwechslungen und diagnostischen Irrtümern, weil jede von beiden Erkrankungen das Bild der anderen fast täuschend nachahmen kann. Bruns, Westphal, Stölting, Rosenfeld, Marburg u. a. haben Fälle beschrieben, aus denen die Schwierigkeit, ja selbst Unmöglichkeit einer Differentialdiagnose zur Genüge hervorgeht. Auch an der Königsberger Nervenklinik wurden jüngst 2 Fälle beobachtet, bei denen ebenfalls Zweifel in der Diagnose bestanden. Bei dem einen Kranken fanden sich mehrere klassische auf Tumor cerebri hinweisende Symptome, der ganze Verlauf des Leidens und der Gesamteindruck, den der Kranke machte, sprachen ebenfalls für die Annahme einer Hirngeschwulst, und doch war, wie später die Sektion bewies, diese Diagnose nicht richtig; denn es wurde kein Tumor gefunden, sondern zahlreiche harte Herde im Centrum semiovale beider Hemisphären, in der Medulla oblongata und vereinzelt auch im Markweiss des Kleinhirns. Auch der 2. Fall liess eine absolut eindeutige Diagnose nicht zu. Wir fanden bei ihm die Charcotsche Symptomentrias, ferner sprach der Verlauf der Krankheit für die Sklerosis multiplex. Trotzdem konnte diese Diagnose nur als fraglich bezeichnet werden, weil der Fall auch noch Erscheinungen darbot, die die Diagnose Tumor cerebri nicht ohne weiteres ausschliessen liessen.

Beide Fälle lehren uns, insbesondere der erste, dass alle Gesichtspunkte bezüglich der Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen nicht zur letzten Klarheit führen. Es gibt eben kein einziges Symptom, das auf die richtige Diagnose führen muss und keins, das nicht irreführen kann. Und doch müssen wir versuchen, zu einem Ziel zu gelangen wegen der enormen Wichtigkeit für die gegebenenfalls einzuschlagende Therapie. Ich möchte meinen, dass wir ihm am nächsten kommen dürften, wenn wir die Grundsätze und differentialdiagnostischen Erwägungen etwa so zusammenfassen würden:

1. Stets muss man sich die Frage beantworten: Liegt ein streng lokalisierter Prozess vor, oder ist das Krankheitsbild nur durch multiple Herde im Zentralnervensystem zu erklären?

2. In erster Linie ist der Verlauf des ganzen Krankheitsprozesses zu beachten, dann erst einzelne Symptome. Ein relativ langdauernder, in seinem klinischen Aussehen wechselnder Zustand, ist wohl mit Sicherheit für einen diffusen, multilokulären Prozess, also im Sinne einer multiplen Sklerose, ein verhältnismässig kurzes, konstantes und ständig zunehmendes Symptomenbild aber für eine lokalisierte Affektion, also einen Tumor cerebri anzusprechen.
3. Der oberste Grundsatz alles medizinischen Denkens und Handelns, nicht Krankheiten zu erkennen und zu beurteilen, sondern kranke Menschen, muss auch in dieser Frage befolgt werden, d. h. wenn man sich einen Gesamteindruck von dem Kranken verschafft, so wird der Hirntumorkranke wenigstens im allgemeinen ein viel viel schwereres Krankheitsbild darbieten, als ein Mensch, der an einer multiplen Sklerose leidet.